

Vom Bedarfs- zum Budgetbetrieb? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung

Rothgang, Heinz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rothgang, H. (1996). Vom Bedarfs- zum Budgetbetrieb? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In L. Clausen (Hrsg.), *Gesellschaften im Umbruch: Verhandlungen des 27. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995* (S. 930-946). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-140242>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip?

Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung*

Heinz Rothgang

Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes gibt es mit der gesetzlichen Pflegeversicherung eine neue Sozialversicherung, die sogenannte »5. Säule« im Sozialversicherungssystem. Allein die Tatsache, daß ein »neues« Problem in »bewährter Weise« gelöst wird, ist schon bemerkenswert, zeigt sich darin doch die nach wie vor ungebrochene Anziehungskraft des Organisationsprinzips »Sozialversicherung«.¹ Gleichzeitig ergibt eine Analyse der *Ausgestaltung* der Pflegeversicherung aber, daß etablierte Strukturprinzipien der Sozialversicherung nicht bloß übernommen, sondern auch weiterentwickelt wurden. Wird die Pflegeversicherung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verglichen, die sich aufgrund ihrer ähnlichen Aufgabenstellung² und ihrer organisatorischen Nähe³ besonders als Vergleichsmaßstab eignet und die bei der Formulierung des Pflege-Versicherungsgesetzes »weit über die gesetzestechnisch notwendige Bezugnahme [...] hinaus« (Döhler 1994: 158) in vielfältiger Weise als Vorbild gedient hat, so zeigt sich vor allem *eine* bemerkenswerte Weiterentwicklung: der im Pflege-Versicherungsgesetz vollzogene Übergang vom »Bedarfs-« zum »Budgetprinzip«.

Im folgenden wird daher zunächst nachgezeichnet, wie das für den Idealtypus GKV konstitutive Bedarfsprinzip im Realtypus GKV aufgeweicht und in der Pflegeversicherung dann endgültig aufgegeben wird (Abschnitt 2). Darauf aufbauend werden die Auswirkungen des Budgetprinzips in der Pflegeversicherung untersucht (Abschnitt 3), und abschließend wird diskutiert, ob der Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip in der Pflegeversicherung dauerhaft ist, und welche Konsequenzen sich daraus wiederum für die GKV ergeben (Abschnitt 4).

Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip

Das in allen auf Sachleistungen beruhenden sozialen Sicherungssystemen gültige allgemeine Effizienzprinzip zielt auf eine Optimierung der Ziel-Mittel-Relation ab. Bezogen auf das Gesundheits- und Pflegewesen heißt das, daß ein qualitativ hochwertiges und quantitativ umfassendes Leistungsangebot mit möglichst geringem finanziellen Aufwand erreicht werden soll. Dabei sind grundsätzlich zwei Ausprägungen denkbar.

Die erste sei mit dem Begriff »*Budgetprinzip*« beschrieben. Bei Anwendung des »Budgetprinzips« wird zunächst das zur Verfügung stehende Finanzvolumen festgelegt und zwar entweder als feste Summe oder als Anteilswert einer Einkommensgröße (z.B. Beitragssatz). Dieses Finanzvolumen bildet den festen Rahmen für alle Leistungen. Das Leistungsvolumen ist die nachgeordnete, abhängige Variable des Systems.

Bei der zweiten Ausprägung wird dagegen zunächst das Leistungsvolumen fixiert. Dies kann statisch, etwa im Sinne eines starren Leistungskatalogs, oder dynamisch, z.B. in Abhängigkeit vom Stand der möglichen Leistungen, bestimmt werden. Erfolgt Letzteres, und wird das Leistungsvolumen in Abhängigkeit von einem »Bedarf« festgelegt, der durch Experten (Ärzte oder andere Vertreter der Gesundheitsberufe) aufgrund professioneller Standards ermittelt wird, sei diese Variante als »*Bedarfsprinzip*« gekennzeichnet. Nach dem »*Bedarfsprinzip*« wird das Leistungsniveau also derart festgelegt, daß jeder Versicherte Anspruch auf alle zweckmäßigen und notwendigen Leistungen hat – unabhängig von den dadurch verursachten Kosten. Damit bilden die Ausgaben die abhängige Variable des Systems.

Die *Gesetzliche Krankenversicherung* ist in Deutschland von ihrem Grundprinzip her dem Bedarfsprinzip verpflichtet: Jeder Versicherte erhält die Leistungen, die nach dem Erkenntnisstand der Medizin und dem Stand der medizinischen Technik notwendig sind – nicht mehr, aber auch nicht weniger. So forderte die bis 1989 die GKV normierende Reichsversicherungsordnung (RVO): »Die Krankenpflege muß *ausreichend* und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« (§ 182 Abs. 2 RVO).⁴ Eine analoge Formulierung findet sich auch im fünften Buch des Sozialgesetzbuchs, das die RVO 1989 weitgehend abgelöst hat: »Die Leistungen müssen *ausreichend*, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten« (§ 12 SGB V). Mit dem in beiden Normen enthaltenen Verweis auf »ausreichende« Leistungen ist das Leistungsniveau vorgegeben und zwar nicht starr, sondern im dynamischen Sinn, entsprechend dem Stand der Künste. Veränderungen in der medizinischen Leistungsfähigkeit führen automatisch zur

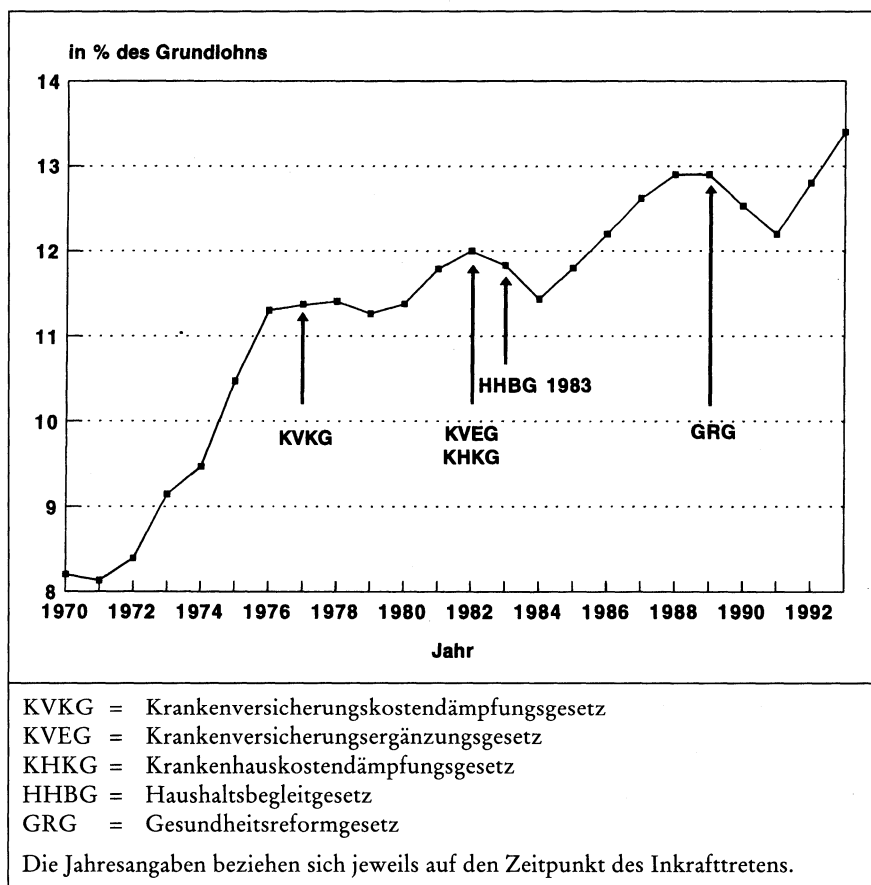
Anhebung des jedem Kranken zustehenden Leistungsumfangs. Dies wird in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausdrücklich betont: »Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem *allgemein anerkannten Stand* der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den *medizinischen Fortschritt* zu berücksichtigen.«

Das Effizienzprinzip schlägt sich in der GKV somit als »Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit« nieder, der fordert, die als notwendig anerkannten Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Damit wird aber nur der Prozeß der Leistungserstellung einem Effizienzkalkül unterzogen, der Leistungsumfang selbst wird nicht thematisiert, sondern als gegeben, das heißt durch den Bedarf bestimmt, angenommen.⁵ Als Konsequenz daraus ergibt sich, daß der Beitragssatz dann erhöht werden muß, wenn Ausgabensteigerungen nicht mehr durch ein entsprechendes Wachstum der – als exogen zu betrachtenden – versicherungspflichtigen Einkommen aufgefangen werden können (§ 220 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der Beitragssatz ist im GKV-System somit eine abhängige Variable.

Da sich die medizinische Leistungsfähigkeit kontinuierlich erweitert hat, führt das Bedarfsprinzip zu erheblichen Ausgabensteigerungen und steigenden Beitragssätzen in der GKV. Dieser Prozeß nimmt zu Beginn der Siebziger Jahre beträchtliche Ausmaße an und wird als »Kostenexplosion« gedeutet, der Einhalt zu gebieten sei (Geißler 1974 und 1976). Daraufhin erfolgende Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen setzen zunächst lediglich an der Effizienz der Leistungserstellung an. Wie *Abbildung 1* zeigt, wird der steile Anstieg der Beitragssätze in der Krankenversicherung durch die einzelnen Kostendämpfungsgesetze ab Mitte der Siebziger Jahre (vgl. z.B. Schmähl et al. 1986: 106–112 für Einzelheiten) zwar zunächst aufgehalten, letztlich aber jeweils nur vorübergehend.

Gleichzeitig kommt es daher zu einem allmählichen Wechsel der Perspektive. Ende der Siebziger Jahre wird die sogenannte »einnahmeorientierte Ausgabenpolitik« propagiert. Obwohl der Anspruch, allen Versicherten alle medizinisch notwendigen Leistungen zuzugestehen, aufrecht erhalten wird, werden die Gewichte damit im Prinzip bereits auf eine Festschreibung der Ausgaben, also auf das Budgetprinzip hin verschoben. Seinen ersten formalen Ausdruck findet dies im Gesundheitsreformgesetz von 1989, das dem sogenannten *Grundsatz der Beitragssatzstabilität* Gesetzeskraft verleiht. Dort heißt es dazu zunächst noch knapp: »Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten« (§ 71 SGB V (1989)). Im 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wird diese Norm dann noch weiter verschärft, indem die Aufsichtsbehörden ermächtigt werden, Vergütungsvereinbarungen, die die Beitragssatzstabilität gefährden, zu beanstanden (§ 71 Abs. 2 SGB V (1993)).

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragssätze in der GKV



Die Platzierung dieser Norm in das Vierte Kapitel des SGB V, das sich mit den »Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern« beschäftigt, und der Bezug auf die »Vergütungsvereinbarungen« machen deutlich, daß sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im SGB V zunächst auf die *Preiskomponente* bezieht. Da die Ausgabensteigerung in der GKV jedoch vor allem durch eine Zunahme des Leistungsvolumens, also durch Veränderungen der Mengenkomponente hervorgerufen wird (vgl. z.B. Rothgang 1994b für den besonders ausgaben-trächtigen stationären Sektor), erfordert der Übergang vom Bedarfs- zum

Budgetprinzip gleichzeitig die Rücknahme von Leistungsversprechen. Das kann durch den Ausschluß ganzer Leistungsarten oder durch eine Begrenzung des Umfangs für bestimmte Leistungen erfolgen.

Im *Gesundheitsreformgesetz* kommt beides zur Anwendung. Indem Leistungen zu Bagatell- oder Luxusleistungen erklärt werden, kann ihre Streichung oder Kürzung jedoch gerechtfertigt werden, ohne daß das Prinzip »alles Notwendige wird bereitgestellt« aufgehoben wird. Das *Gesundheitsstrukturgesetz* begrenzt Leistungsausweitungen vor allem durch globale Ausgabendeckel in allen Leistungsbereichen (sogenannte Budgetierung).

Zur Zeit zeichnet sich die GKV damit durch eine paradoxe Situation aus: Zum einen wird der Anspruch, daß jeder Versicherte alle medizinisch notwendigen Leistungen erhält, grundsätzlich aufrechterhalten. Zum anderen genießt aber auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Gesetzeskraft. Eine gleichzeitige Festschreibung von stabilen Krankenversicherungsbeiträgen *und* einem Versorgungsniveau, das allen Versicherten Zugang zu den nach dem neuesten Stand der Entwicklung notwendigen medizinischen Leistungen eröffnet, ist aufgrund des kostentreibenden medizinischen Fortschritts und der geringen Rationalisierbarkeit derartiger personalintensiver Dienstleistungen (Baumol 1967; Baumol/Oates 1972) auf Dauer aber unmöglich.⁶ Es ist daher langfristig eine Entscheidung darüber notwendig, ob an konstanten Beitragssätzen oder an dem Anspruch, alles Notwendige zu finanzieren, festgehalten wird.

Diese Entscheidung ist in der Pflegeversicherung zugunsten der *Beitragssatzstabilität* gefallen. Damit steht die Pflegeversicherung in der Kontinuität der Entwicklung der GKV, geht aber einen Schritt weiter und markiert den endgültigen Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip. Während der Beitragssatz in der GKV eine abhängige Variable bildet und von den einzelnen Krankenkassen selbst erhöht werden kann, wenn die Ausgaben die Einnahmen überschreiten, wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung bundeseinheitlich durch Gesetz festgelegt und damit der Disposition der Kassen entzogen (§ 55 SGB XI). Bereits damit wird eine Beitragserhöhung erheblich erschwert und das Gewicht des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gestärkt. Hinsichtlich der *Preiskomponente* wird die Geltung dieses Grundsatzes zudem explizit verschärft. Während die entsprechende Norm in der GKV Beitragssatzerhöhungen ausdrücklich vorsieht, wenn »die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten« ist (§ 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V), fehlt ein solch einschränkender Hinweis im Pflege-Versicherungsgesetz vollkommen (§ 70 SGB XI). Statt dessen werden »Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen« schlichtweg für »unwirksam« erklärt (§ 70 Abs. 2 SGB XI).⁷

Entscheidend für den Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip ist aber, daß der Anspruch, alle notwendigen Leistungen bereitzustellen, aufgegeben und der Anwendungsbereich des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch die Regelungen zur Leistungsdynamisierung auch auf die *Mengenkomponente* ausgedehnt wird. Die Pflegeversicherung sieht nur noch *begrenzte Leistungen* vor, die nach Pflegeform und Pflegestufe variieren, aber nicht bedarfsdeckend sind. So wird in der amtlichen Begründung des Regierungsentwurfs ausdrücklich eingeräumt, daß alle Leistungen der Pflegeversicherung »in der Höhe begrenzt und daher nicht in jedem Einzelfall bedarfsdeckend sind« (Deutscher Bundestag 1993: 108). Werden die Leistungen der Pflegeversicherung mit den Bedarfen verglichen, die definitionsgemäß vorliegen müssen, damit der Versicherungsfall ausgelöst wird, zeigen sich erhebliche Lücken. Das soll hier nur für den ambulanten Bereich demonstriert werden, gilt für den stationären aber entsprechend (vgl. dazu z.B. Allemeyer 1995 und Fachinger et al. 1995: 304f.).

In den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien werden für alle Personen Mindestbedarfe festgelegt, die vorhanden sein müssen, damit diese Personen zum Leistungsbezug berechtigt sind. Diese Hilfebedarfe liegen bei täglich

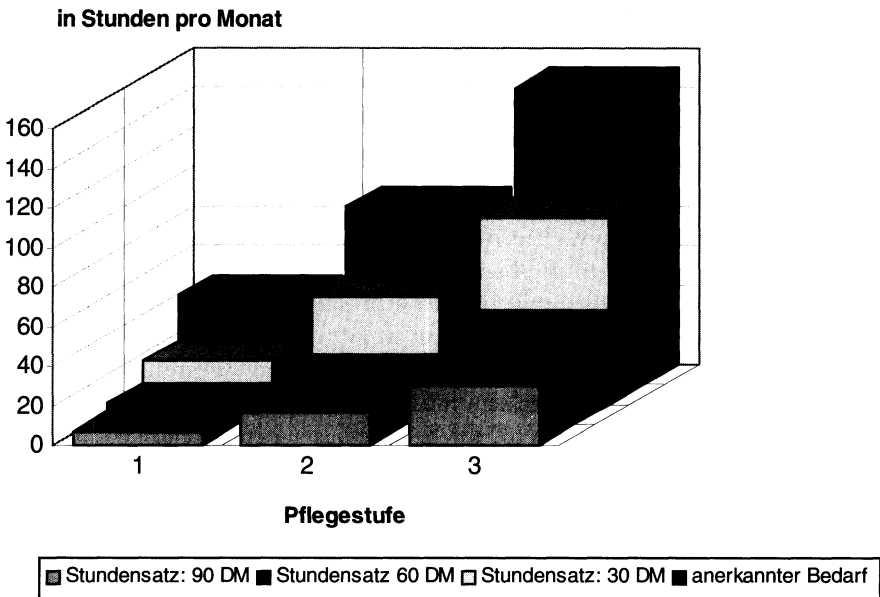
- eineinhalb Stunden in Pflegestufe I,
- 3 Stunden in Pflegestufe II und
- 5 Stunden in Pflegestufe III.

Alle im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes Pflegebedürftigen verfügen somit über einen amtlich zertifizierten Mindestbedarf in dieser Höhe. Gleichzeitig werden nur Leistungen zur Verfügung gestellt, die in ihrem Umfang gedeckelt sind. Bei gegebenen gesetzlich festgelegten Zahlbeträgen hängt der Hilfeumfang, den ein Pflegebedürftiger in häuslicher Pflege mit den Sachleistungen des Pflege-Versicherungsgesetzes finanzieren kann, von den Preisen für Pflegeleistungen ab: Je niedriger die Preise sind, umso höher ist das in Stunden gemessene Leistungsvolumen, das mit den Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden kann. In *Abbildung 2* werden die Leistungsumfänge dargestellt, die ein Pflegebedürftiger mit den Leistungen der Pflegeversicherung bei Stundensätzen von 30, 60 und 90 DM »einkaufen« kann.

Selbst im günstigsten Fall, das heißt bei einem Stundensatz von 30 DM, wird nur ein Teil des anerkannten Mindestbedarfes durch Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt, und zwar

- 55,6% in Stufe I,
- 66,7% in Stufe II und
- 62,2% in Stufe III.

Abbildung 2: Hilfebedarf und Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von den Preisen der Leistungen (Stundensätze)



Dabei ist dieser Stundensatz noch niedrig angesetzt. Die ersten inzwischen ausgehandelten Sätze liegen alle deutlich höher.⁸ Entsprechend niedriger ist dann der Grad der Bedarfsdeckung.

Die Pflegeversicherung sieht somit ausdrücklich keine vollständige Deckung des Bedarfs vor, sondern versteht sich lediglich als Grundsicherung. Die Höhe der Leistungsausgaben richtet sich nicht nach Notwendigkeiten oder Bedürfnissen, sondern nach der Höhe der Einnahmen. Der Hebel, um dies auch langfristig durchzusetzen, liegt in § 30 SGB XI, der die Bundesregierung ermächtigt, »durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 52 Abs. 1 SGB XI) und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung anzupassen«. In der Begründung des Gesetzentwurfes heißt es dazu: »Eine Änderung der Leistungen erfolgt nicht automatisch und nicht in regelmäßigen Zeitabständen. Die Leistungshöhe wird *unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität* durch Rechtsverordnung angepaßt« (Deutscher Bundestag 1993: 108). Hier zeigt sich die Finanzierungslogik der Pflegeversicherung überdeutlich: Vorrang hat die Frage, was finanziert

werden kann; unter Bezug darauf wird dann die Leistungshöhe festgesetzt. Der Anspruch, »alles Notwendige bereitzustellen«, der in der GKV nach wie vor aufrechterhalten wird, wird bei der Pflegeversicherung endgültig aufgegeben. Das Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes markiert also auf der formal-rechtlichen Seite den Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip.

Beitragssatzstabilität und die Entwicklung des realen Wertes der Leistungen der Pflegeversicherung

Entsprechend der im Pflege-Versicherungsgesetz umgesetzten Logik des Budgetprinzips soll der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber die Leistungshöhe so festsetzen, daß eine Finanzierung im Rahmen des geltenden Beitragssatzes möglich ist. Es stellt sich daher nunmehr die Frage, wie sich die Leistungshöhe auf der Basis dieser Anpassungsregel entwickeln wird. Um diese Frage beantworten zu können, ist es notwendig, den Zusammenhang zwischen Beitragssatz und Leistungshöhe einer näheren Analyse zu unterziehen.

Wie andere Haushalte muß auch die Pflegeversicherung für einen Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben Sorge tragen. Die *Einnahmen* der Pflegeversicherung bestehen fast ausschließlich aus Beitragszahlungen. Diese ergeben sich gemäß Gleichung (1) als Produkt der Anzahl der Beitragszahler (M) und des durchschnittlichen Beitrages pro Beitragszahler (B). Dieser durchschnittliche Beitrag ist wiederum das Produkt eines (bundes)einheitlichen Beitragssatzes (b) und des durchschnittlichem versicherungspflichtigen Einkommens pro Beitragszahler (Y).

$$(1) \quad M \cdot B = M \cdot b \cdot Y.$$

Die *Ausgaben* der Pflegeversicherung ergeben sich aus der Zahl der Leistungsfälle (N) multipliziert mit den durchschnittlichen Ausgaben pro Versicherungsfall (k). Die Pflegeversicherung sieht für die drei Pflegestufen und die verschiedenen Leistungsformen, zwischen denen der Versicherte wählen kann, unterschiedliche Leistungshöhen vor (*Tabelle 1*).

Aus diesem Grund hängt die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben (k) neben der im Gesetz vorgesehenen Leistungshöhe (L) auch von der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen und dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten ab. In der Ausgabengleichung (2) stellt die Variable »f« den durchschnittlichen Wert des Leistungsmixes der abgerufenen Leistungen und die Variable »s« die Struktur der Pflegefälle bezüglich der Pflegestufen dar.

Tabelle 1: Leistungen der Pflegeversicherung (in DM pro Monat)⁹

	häusliche Pflege		stationäre Pflege ^a	
	Geldleistungen	Sachleistungen	nicht notwendig	notwendig
Stufe I	400	750	750	2.800
Stufe II	800	1.800	1.800	2.800
Stufe III	1.300	2.800	2.800	2.800
a Die Leistungshöhe bei stationärer Pflege hängt in Stufe I und II davon ab, ob diese Pflegeform als »notwendig« anerkannt wird. Im Durchschnitt darf der Betrag von 2.500 DM im Monat bei stationärer Pflege aber nicht überschritten werden. Für Härtefälle sind Leistungen bis zu 3.300 DM vorgesehen (§ 43 Abs. 2 SGB XI).				

$$(2) \quad N \cdot k = N \cdot f \cdot s \cdot L.$$

Werden Einnahmen und Ausgaben gleichgesetzt, so ergibt sich die in Gleichung (3) angegebene Bedingung für das Budgetgleichgewicht. Eine Auflösung nach dem Beitragssatz (b) erzeugt Gleichung (4).

$$(3) \quad M \cdot b \cdot Y = N \cdot f \cdot s \cdot L$$

$$\Leftrightarrow (4) \quad b = N/M \cdot f \cdot s \cdot L/Y.$$

Zwei der in Gleichung (4) enthaltenen Parameter sind vom Gesetz- bzw. Verordnungsgeber direkt beeinflussbar: der Beitragssatz (b) und die Leistungshöhe (L). Die übrigen Parameter in der Beitragsgleichung sind dagegen exogen. Ihre Entwicklung entscheidet darüber, wie sich die Leistungshöhe bei gegebenem Beitragssatz entwickelt.

Schon rein demographisch bedingt wird die *Zahl der Leistungsempfänger* (N) kontinuierlich ansteigen. Entsprechende Projektionen ergeben vom Inkrafttreten der Pflegeversicherung bis ins Jahr 2030 eine Steigerungsrate um mehr als 30% des Ausgangswertes (Rothgang/Schmähl 1995a; Fachinger et al. 1995). Aufgrund der schrumpfenden Bevölkerung ist damit zu rechnen, daß die *Zahl der Beitragszahler* tendenziell sinkt und der Quotient »N/M« im Zeitverlauf daher noch stärker wächst als die Zahl der Leistungsempfänger.¹⁰

Auch die Entwicklung des *Leistungsmixes* ist kostenträchtig. Da der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationäre Pflege in Anspruch nehmen, mit dem Lebensalter zunimmt, steigt der Anteil der Heimbewohner an allen Pflegebedürftigen bei alternder Bevölkerung schon aufgrund der demographischen Entwick-

lung (vgl. Rothgang/Schmähl 1995a und Fachinger et al. 1995). Ebenfalls rein demographisch bedingt, verschlechtert sich die Relation von potentiellen familialen Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen kontinuierlich (Rückert 1992: 52-56). Zudem tragen sozialstrukturelle Faktoren wie die unter dem Stichwort »Singularisierung« diskutierte Haushaltsstrukturentwicklung zu einem abnehmenden familialen Pflegepotential bei.¹¹ Mittel- und langfristig ist zudem nicht auszuschließen, daß die »Pflicht zu Pflegen«, der sich zur Zeit vor allem noch Frauen ausgesetzt sehen, an normativer Kraft verlieren wird. Insgesamt ist daher damit zu rechnen, daß familiäre Pflege zunehmend durch professionelle Pflege ersetzt wird. Diese Tendenz dürfte noch durch Einzelregelungen im Pflege-Versicherungsgesetz verstärkt werden. So werden alle Pflegebedürftigen in privaten Haushalten gezwungen, einmal im halben (Pflegebedürftige der Stufen I und II) bzw. im Vierteljahr (Pflegebedürftige der Stufe III) eine Pflegesachleistung eines professionellen Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Damit bietet sich den Leistungsanbietern eine einzigartige Möglichkeit, durch offensives Marketing auf die Entscheidung der Pflegebedürftigen bzw. deren Familie Einfluß zu nehmen. Davon werden diese umso eher Gebrauch machen, als im Pflege-Versicherungsgesetz keine Bedarfsplanung vorgesehen ist (§ 72 SGB XI; vgl. hierzu auch Deutscher Bundestag 1993: 136) und das wirtschaftliche Überleben für den einzelnen Leistungsanbieter angesichts des dadurch ausgelösten Wettbewerbs somit davon abhängt, daß er eine hinreichende Nachfrage auf sich ziehen kann.

Da die Leistungen bei professioneller Pflege (Sachleistungen bei ambulanter Betreuung sowie Übernahme der pflegebedingten Kosten bei stationärer Versorgung) aber deutlich höher liegen als bei familialer, bei der Geldleistungen gewährt werden, führt eine Substitution familialer durch professionelle Pflege dazu, daß der Wert des Leistungsmixes (f) ebenfalls steigen wird.

Hinsichtlich der Aufteilung der Pflegebedürftigen auf Pflegestufen ist unter Bezug auf die derzeit bekannten altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten (vgl. Rothgang/Schmähl 1995a) zukünftig keine große Veränderung zu erwarten. Im folgenden wird daher unterstellt, daß der Parameter »s« weitgehend unverändert bleibt.

Langfristig entwickelt sich das *durchschnittliche versicherungspflichtige Einkommen* pro Beitragszahler (Y) parallel zur Lohn- und Gehaltsentwicklung, also mit gleichen Steigerungsraten.¹² Die *Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung* (L) wird dagegen vom Ordnungsgeber diskretionär angepaßt. Wenn der reale Wert der Leistungen, also die Zahl der Pflegeeinsätze, die ein Pflegebedürftiger in einer bestimmten Pflegestufe von den Leistungen der Pflegeversicherung finanzieren kann, mindestens konstant bleiben soll, muß die Leistungshöhe im

gleichen Tempo und Ausmaß angehoben werden, wie die Preise für Pflegeleistungen steigen.

Die *Preise für Pflegeleistungen* unterliegen aber zwei besonderen Dynamiken. Zum einen handelt es sich bei Pflegeleistungen um personalintensive Dienstleistungen mit *geringem Rationalisierungspotential*, deren Produktivitätsentwicklung hinter dem der übrigen Wirtschaft zurückbleibt (vgl. Baumol 1967; Baumol/Oates 1972). Wird – einigermaßen realitätsnah – unterstellt, daß keine Rationalisierungen möglich sind, so folgt die Preisentwicklung für Pflegeleistungen aufgrund des überragenden Personalkostenanteils im wesentlichen der Lohnentwicklung für Pflegekräfte.

Zum anderen wird es aufgrund des steigenden Bedarfs an Pflegekräften und dem – demographisch bedingt – sinkenden Angebot an »natürlichem Nachwuchs« notwendig sein, verstärkt Anstrengungen zur Rekrutierung zusätzlicher Pflegekräfte zu unternehmen, um einem drohenden »Pflegenotstand« entgegenzutreten (vgl. Prognos/Dornier 1990). Unabhängig davon, ob dies über Aufschläge direkt auf den Lohn oder durch Zusatzleistungen z.B. im Sozialbereich erfolgt: Alle entsprechenden Strategien kosten Geld. Es ist daher damit zu rechnen, daß die Lohnentwicklung für Pflegekräfte steiler verläuft als die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung.

Werden beide Besonderheiten berücksichtigt, ist davon auszugehen, daß die Preise für Pflegeleistungen schneller wachsen als die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen. Würde die Leistungshöhe (L) also in dem Ausmaß angepaßt, das erforderlich wäre, um den realen Wert dieser Leistungen konstant zu halten, dann würde sich auch der Wert des vierten Faktors »L/Y« im Laufe der Zeit kontinuierlich erhöhen und der Beitragssatz entsprechend steigen.

Im Umkehrschluß – und das ist die *Conclusio* dieses Abschnitts – bedeutet dies aber, daß der im Gesetz vorgesehene stabile Beitragssatz nur dann erreicht werden kann, wenn die Leistungshöhe *nicht* in dem Maße angehoben wird, wie die Preise für Pflegeleistungen steigen, wenn also der Realwert der Leistungen der Pflegeversicherung kontinuierlich sinkt. Ein konstanter Beitragssatz impliziert nämlich, daß das Verhältnis von Leistungshöhe zum durchschnittlich beitragspflichtigem Einkommen (L/Y) in dem Maße sinkt, in dem die Relation von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern (N/M) *und* der Wert des Leistungsmixes (f) zusammen steigen – obwohl ein steigender Quotient von Leistungshöhe und durchschnittlichem beitragspflichtigem Einkommen notwendig wäre, um den Realwert der Leistungen der Pflegeversicherung konstant zu halten.

Ausblick: Ist der Übergang zum Budgetprinzip dauerhaft?

Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Beitragssatz und Leistungshöhe der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigt somit, daß der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber vor einem Dilemma steht. Dynamisiert er die Leistungen der Pflegeversicherung in dem Maße, das notwendig ist, um Realwertkonstanz zu gewährleisten, ergeben sich steigende Beitragssätze. Gerade, um dies zu verhindern, ist aber mit Einführung der Pflegeversicherung der Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip vollzogen worden. Wird das neue Prinzip konsequent angewandt, sinkt jedoch der reale Wert der Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Rothgang/Schmähel 1995a und 1995b für diesbezügliche Ergebnisse von Modellrechnungen). Das wiederum könnte zu *Akzeptanzproblemen* führen.

Schon allein durch die Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung und entsprechende *öffentlichkeitswirksame Leistungsversprechen* des Arbeitsministers dürften in der Bevölkerung [zusätzliche] Ansprüche erst geweckt worden sein. Weiterhin führt die Pflegeversicherung dazu, daß sich die öffentlich finanzierten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit verzweieinhalbfachen und sich damit wesentlich *höhere* vom Einzelnen zu tragende *Finanzierungslasten* ergeben (vgl. Fachinger/Rothgang 1995). Dabei ist von entscheidender Bedeutung, daß die Finanzierung von Pflegeleistungen vor Einführung der Pflegeversicherung gewissermaßen »unsichtbar«, überwiegend über Steuern erfolgte. Nach Einführung der Pflegeversicherung kann dagegen jeder Versicherte genau feststellen, welchen Beitrag er zur Pflegeversicherung zahlt. Viele Versicherte werden aufgrund dieser neuen *Sichtbarkeit* des eigenen Finanzierungsbeitrags daher den Eindruck haben, daß sie nunmehr erstmals Pflegeleistungen finanzieren. Auch dies erhöht die Erwartungen an die Pflegeversicherung.

Auf der anderen Seite werden die Betroffenen im Pflegefall aber feststellen müssen, daß die Leistungen der Pflegeversicherung *nicht bedarfsdeckend* sind. Wenn sich dann im Zeitverlauf noch herausstellt, daß der reale Wert der Leistungen abnimmt und – ceteris paribus – immer mehr Leistungen selbst zu finanzieren sind, ist damit zu rechnen, daß die Pflegeversicherung auf erhebliche Akzeptanzprobleme stoßen wird (vgl. Hinrichs 1995).

Damit zeigt sich das ganze Dilemma der Pflegeversicherung: Um einer Kosten- und Beitragssatzexplosion zu entgehen, ist man vom Bedarfs- zum Budgetprinzip übergegangen. Aufgrund der dem Feld innewohnenden Kostendynamik, impliziert Beitragssatzstabilität aber ein kontinuierliches Sinken des realen Wertes der Leistungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Dies ist umso bedeutsamer, als die Festsetzung der Leistungshöhe bei Einführung der Pflegeversicherung bereits auf einem nicht-bedarfsdeckenden, niedrigen Niveau erfolgte. Da

gleichzeitig mit der Einführung der Pflegeversicherung Erwartungen geweckt werden, die nicht zuletzt durch die sichtbaren eigenen Finanzierungsbeiträge gestützt werden, könnte dies die neue Pflegeversicherung in eine Akzeptanzkrise stürzen.

Auch wenn der Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip – wie die Analyse der gesetzlichen Regelungen zeigt – versicherungstechnisch vollzogen wurde, muß es daher als fraglich gelten, ob die Politiker den einmal eingeschlagenen Weg beibehalten können und – im Einklang mit der Logik des Budgetprinzips – nicht-bedarfsdeckende und in ihrem Realwert sogar sinkende Leistungshöhen festsetzen.¹³

Das hat auch Konsequenzen für die in der Literatur aufgeworfene These von der »Pilotfunktion« der Pflegeversicherung für die Weiterentwicklung der Sozialversicherung (Landenberger 1994: 337; vgl. hierzu auch Hinrichs 1995), insbesondere der GKV. Auch in der Krankenversicherung ist es nämlich langfristig unmöglich, die beiden Ziele »Bedarfsgerechtigkeit« und »stabile Beiträge« gleichzeitig aufrecht zu erhalten. Die Behauptung, beides erreichen zu können, muß vielmehr als große Lebenslüge der Gesundheitspolitik gelten. Tatsächlich ist eine Entscheidung für eines von beiden notwendig. Da in der Pflegeversicherung erstmals in einer auf Sachleistung abzielenden Sozialversicherung das Budget- anstelle des Bedarfsprinzips angewendet wird, stellt sich nun die Frage, ob im Anschluß an diesen »Pilotversuch« auch in der GKV ein Übergang vom Bedarfs- zum Budgetprinzip zu erwarten ist. Die Vorschläge, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im vergangenen Jahr gemacht hat (Sachverständigenrat 1994), lassen dies als eine durchaus plausible Entwicklung erscheinen. Ob es dazu kommt, wird aber nicht zuletzt davon abhängen, wie sich das Budgetprinzip in der Pflegeversicherung bewährt. Scheitert der Versuch, dieses Prinzip durchzusetzen, am Widerstand gegen die dadurch ausgelösten Folgen, so sind die Chancen seiner Einführung in der GKV skeptisch zu beurteilen. Gelingt es dagegen, in der Pflegeversicherung am Budgetprinzip festzuhalten und damit ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß nicht alle Bedarfe befriedigt werden können, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit dafür, daß eine entsprechende Veränderung in der GKV erfolgreich sein könnte.

Anmerkungen

* Für Hinweise und Verbesserungsvorschläge danke ich Uwe Fachinger, Karin Haug, Sabine Horstmann, Dita Vogel und Andrea Wechselberg.

- 1 Tatsächlich war die Entscheidung für die Option »Sozialversicherung« keineswegs unumstritten. Seit der »Entdeckung« des Problems der unzureichenden Absicherung des Pflegerisikos im Anschluß an ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahre 1974 wurden vielmehr neben der Einführung einer neuen Sozialversicherung eine Reihe von anderen erst zu nehmenden Optionen diskutiert (vgl. Haug/Rothgang 1994: 14-18 für Einzelheiten).
- 2 So werden in beiden Systemen vorwiegend Sachleistungen zur Verfügung gestellt, deren Umfang unabhängig von der Höhe der zuvor gezahlten Beiträge ist, während Arbeitslosen- und Rentenversicherung vor allem Geldleistungen gewähren, deren Volumen von der vorangegangenen Beitragszahlung abhängt (vgl. Rothgang 1994a: 169-171; Olk/Riedmüller 1994: 12f.).
- 3 Die organisatorische Nähe zeigt sich darin, daß die als Träger der Pflegeversicherung fungierenden Pflegekassen »unter dem Dach der GKV« errichtet werden und auf den Aufbau einer eigenen Verwaltung (Selbstverwaltungsgremien, Landesverbände etc.) zugunsten einer Vertretung der Pflegekassen durch die Krankenkassen verzichtet wird.
- 4 Soweit nicht ausdrücklich anders erwähnt, wurden Hervorhebungen in Gesetzestexten und Zitaten vom Verfasser dieses Beitrags vorgenommen.
- 5 Mit dem bisher Gesagten soll nicht behauptet werden, daß in der GKV stets bedarfsdeckende Versorgungsstrukturen vorgeherrscht haben. Versorgungslücken waren bisher aber immer als Defizit eines im Prinzip, das heißt von der Grundlogik her, auf Bedarfsdeckung abzielenden Versorgungssystems zu sehen. Eine Abweichung von der Bedarfsdeckung aus finanziellen Gründen war zwar mitunter Praxis, aber nie ausgesprochenes Ziel in der GKV.
- 6 Damit soll nicht bestritten werden, daß im Gesundheitssystem noch Effizienzreserven vorhanden sind. Diese sind aber begrenzt, und selbst bei vollständiger Ausschöpfung aller Effizienzreserven ist die Bereitstellung aller medizinisch sinnvollen Leistungen auf dem neuesten Stand der Technik zu stabilen Beitragssätzen langfristig unmöglich (vgl. Krämer 1989: 40-66).
- 7 Da die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckelt sind, sind die Ausgaben der Pflegekassen grundsätzlich unabhängig von der Höhe der Vergütung. Es ist daher nicht zu erkennen, wie die Vergütungshöhe den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gefährden könnte. Höhere Preise für Pflegeleistungen führen lediglich dazu, daß das in Stunden oder Leistungskomplexen gemessene Leistungsvolumen, das bei den Pflegebedürftigen »ankommt«, geringer ist. Schulin (1994: 444) kritisiert zudem, daß die Regelung des Absatz 2 nicht nur unsinnig, sondern »wegen Verstoßes gegen elementare Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit nichtig« sei. Unabhängig davon, ob diese Norm einer juristischen Überprüfung standhält, stellt sie jedoch im Vergleich zu § 71 SGB V eine deutliche Verschärfung dar.
- 8 Zur Zeit ist es nicht möglich, präzise Angaben für das ganze Bundesgebiet zu machen. Stundensätze von 54 DM (grundpflegerische Tätigkeit) bzw. 36 DM (hauswirtschaftliche Versorgung) für Hessen, von umgerechnet 51 DM (Pflegefachkraft), 45 DM (Haushaltsfachkraft) bzw. 35 DM (angelernte Kraft) zuzüglich einer Wegepau-

schale für Baden-Württemberg, von 45 DM für West-Berlin (Bundesverband Ambulante Dienste 1995: 44-46) sowie 41,20 DM nach »alter« Vergütungsordnung für Hamburg (Allemeyer 1995) stecken aber doch zumindest die Dimensionen ab, in denen sich die Vergütung in nächster Zukunft bewegen wird.

- 9 Daneben umfaßt der Leistungskatalog der Pflegeversicherung auch noch andere von ihrem Finanzvolumen her nachrangige Leistungen (vgl. §§ 39-42 sowie §§ 44 und 45 SGB XI), die hier nicht weiter betrachtet werden sollen.
- 10 Bei der Prognose der Beitragszahlerentwicklung ist Vorsicht geboten. Zwar gehen demographischen Szenarien davon aus, daß die Zahl der Einwohner über 16 Jahre, die als potentielle Beitragszahler gelten können, sinkt. Inwieweit sich dies in der tatsächlichen Beitragszahlerzahl niederschlägt, hängt aber davon ab, wieviele potentielle Beitragszahler als Nicht-Erwerbstätige bzw. geringfügig Beschäftigte kostenlos familienmitversichert sind. So kann insbesondere ein Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit dem Effekt einer sinkenden Bevölkerungszahl entgegenwirken.
- 11 So gehen entsprechende Projektionen davon aus, daß sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Einpersonenhaushalten leben, im Zeitraum von 1991 bis 2030 kontinuierlich von 20% auf 30% erhöhen wird (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 1994: 96). Gerade in Einpersonenhaushalten ist das familiäre Pflegepotential aber naturgemäß gering.
- 12 Dies gilt streng genommen nur für die versicherten Arbeitnehmer, deren Beiträge aber immerhin 70% des gesamten Beitragsaufkommens ausmachen (Rothgang/Schmähl 1995). Das versicherungspflichtige Einkommen der ebenfalls versicherten Rentner und Arbeitslosen wächst dagegen in Anlehnung an die *Nettolöhne* und -gehälter. Weiterhin ist zu bedenken, daß sich die *Struktur* der Beitragszahler zwischen den genannten Gruppen im Zeitverlauf verschieben wird. Projektionen gehen dabei davon aus, daß die Zahl der abhängig beschäftigten Beitragszahler in den nächsten Jahrzehnten weitgehend konstant bleibt, während die Rentnerzahl zu- und die Arbeitslosenzahl abnimmt (vgl. Rothgang/Schmähl 1995). Aufgrund des je unterschiedlichen Einkommensniveaus hat diese Strukturverschiebung natürlich Einfluß auf das durchschnittliche versicherungspflichtige Einkommen.
- 13 Zweifel daran, ob die Entscheidungsträger die Bedeutung des im Pflege-Versicherungsgesetz normierten Übergangs vom Bedarfs- zum Budgetprinzip selbst erkannt haben, werden auch durch die Gesetzesbegründung geweckt, in der ein Anstieg des Beitragssatzes von 1,7% auf 2,4% im Jahre 2030 »aus demographischen Gründen« prognostiziert wird (Deutscher Bundestag 1993: 178). Mit Bezug auf diesen Passus in der Gesetzesbegründung führt der zuständige Staatssekretär im Arbeitsministerium aus, daß der Gesetzgeber »die *aus demographischen Gründen* erforderlichen Anpassungen des Beitragssatzes jeweils vornehmen wird, um das Leistungsniveau der Pflegeversicherung – auch angesichts von Preissteigerungen – zumindest auf dem Ausgangsniveau zu halten« (Jung 1993: 624). Bemerkenswert ist hierbei nicht nur die dem Wortlaut des § 30 SGB XI widersprechende Auffassung, sondern auch das Rekurren auf die demographische Entwicklung als *einzig* Ursache zusätzlicher Ausgaben. Dabei werden die anderen kostentreibenden Elemente vollkommen übersehen.

Literatur

- Allemeyer, Jürgen (1995), Die Pflegeversicherung und das System der Sozialhilfe: Auswirkungen für Pflegebedürftige und Einrichtungen. In: Uwe Fachinger / Heinz Rothgang (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: 177-195.
- Baumol, William J. (1967), Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. In: American Economic Review 1967: 415-426.
- Baumol, William J. / Oates, Wallace E. (1972), The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life. In: Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review 1972, Nr. 2: 44-54.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1994), Die Alten der Zukunft – Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Bonn.
- Bundesverband Ambulante Dienste (1995), Fachjournal Background, Heft 2.
- Deutscher Bundestag (1993), Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Drucksache 12/5262.
- Döhler, Marian (1994), Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung? In: Barbara Riedmüller / Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Opladen: 146-163.
- Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (1995), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die personelle Einkommensverteilung. Eine Modellanalyse auf der Basis des Pflege-Versicherungsgesetzes. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/95. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz / Schneekloth, Ulrich (1995), Resümee und Ausblick. In: Uwe Fachinger / Heinz Rothgang (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: 223-241.
- Geißler, Heiner (1974), Krankenversicherungsbudget 1974. Mainz.
- Geißler, Heiner (1976), Krankenversicherungsbudget '80. Eine Vorausschätzung der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 1975-1980 sowie Modelle zur Beurteilung extremer Positionen zur Lösung der Kostenproblematik. Mainz.
- Haug, Karin / Rothgang, Heinz (1994), Das Ringen um die Pflegeversicherung – ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 24: 1-30.
- Hinrichs, Karl (1995), Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1995, Nr. 2: 227-259.
- Jung, Karl (1993), Pflegeversicherung: Auf dem Weg zur Fünften Säule der Sozialversicherung. In: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch 1993: 618-632.
- Krämer, Walter (1989), Die Krankheit des Gesundheitswesens: Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt a. M.
- Landenberger, Margarete (1994), Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozial-

- staates. In: Zeitschrift für Sozialreform, 1994: 314-342.
- Olk, Thomas / Riedmüller, Barbara (1994), Grenzen des Sozialversicherungsstaates oder grenzenloser Sozialversicherungsstaat? Eine Einführung. In: Barbara Riedmüller/Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Opladen: 9-33.
- Prognos/Dornier (1990), Angebot und Bedarf an Krankenpflegepersonal bis zum Jahr 2010. (Forschungsbericht 188, Gesundheitsforschung). Bonn.
- Rothgang, Heinz (1994a), Die Einführung der Pflegeversicherung – Ist das Sozialversicherungsprinzip am Ende? In: Barbara Riedmüller / Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Opladen: 164-187.
- Rothgang, Heinz (1994b): Der Einfluß der Finanzsysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina englischer und deutscher Krankenhäuser. Dissertation. Köln.
- Rothgang, Heinz / Schmäh, Winfried (1995a): The Long-Term Costs of Long-Term Care Insurance in Germany. In: Roland Eisen / Frank A. Sloane (Hg.): Alternatives for Ensuring Long-Term Care. Norwell, Mass.
- Rothgang, Heinz/Schmäh, Winfried (1995b), Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: Uwe Fachinger/Heinz Rothgang (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: 155-175.
- Rückert, Willi (1992), Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe. Folgen der Bevölkerungsentwicklung für die Altenhilfe – von der Kaiserzeit über das Jahr 2000 hinaus. Köln.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994. Bonn.
- Schmäh, Winfried / Conrade, Hartmut / Jacobs, Klaus / Meierjürgen, Rüdiger / Prinz, Aloys (1986): Soziale Sicherung 1975-1985. Verteilungswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. M./Bern/New York.
- Schulin, Bertram (1994), Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI – Grundstrukturen und Probleme. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1994: 433-444.